



COLORADO

Department of Health Care
Policy & Financing

Carta de recomendación para la inscripción como doula

Programa de Medicaid de Colorado y Child Health Plan *Plus*

(CHP+)

Instrucciones importantes:

- Los solicitantes deben cargar sus recomendaciones completadas como parte de su solicitud. Esta plantilla puede utilizarse para tal fin.

Información del solicitante:

Nombre: _____

Posición: _____

Organización/Institución: _____

Domicilio: _____

Correo electrónico: _____

Número de teléfono: _____

Fecha: _____

A completar por la persona que recomienda

Información de la persona que recomienda:

Nombre: _____

Posición (p. ej., obstetra, cliente, etc.): _____

Organización/Institución: _____

Domicilio: _____

Correo electrónico: _____

Número de teléfono: _____

Fecha de finalización: _____

Declaración de la recomendación

Yo recomiendo _____ (nombre de la doula) y conozco a la doula desde _____ (duración: años/meses).

Mi relación con el solicitante es la siguiente (seleccione una):

- ☐ Compañero ☐ Cliente ☐ Líder relacionado a la profesión
- ☐ Proveedor licenciado ☐ Doula o partera practicante

Por la presente, certifico que conozco personalmente al solicitante mencionado anteriormente y, de acuerdo con mi leal saber y entender, considero que cumple con los estándares éticos y el carácter profesional que se esperan de una doula o profesional comunitario del parto. Confirmo que el solicitante posee las cualidades y competencias esenciales para servir a las personas y familias como compañero de confianza durante el parto.

Observaciones adicionales: (Utilice este espacio para aportar más detalles sobre su experiencia con el solicitante y su experiencia trabajando con él o ella).

[illegible]